

Casa Central: Leandro N. Alem N° 530 piso 1 (1047) CAPITAL FEDERAL
Tel./Fax: (011) 51284300 / e-mail: casacentral@beneficiosa.com.ar
Sede Administrativa: Salta 1556 - (2000) ROSARIO
Tel./Fax: (0341) 516 8385 / 6 / 7 / e-mail: beneficio@beneficiosa.com.ar
Agencia Salta: Belgrano 808 - (4400) SALTA
Tel./Fax: (0387) 431 5650 / e-mail: salta@beneficiosa.com.ar

www.beneficiosa.com.ar

☐ VIDA INDIVIDUAL ☐ SEPELIO
☐ VIDA COLECTIVO ☐ ALTA COMPLEJIDAD
☐ VIDA OBLIGATORIO ☐ INT. QUIRÚRGICAS
☐ ACCIDENTES PERSONALES ☐ OTROS

DATOS DEL SOLICITANTE - TOMADOR

CUIT, CUIL o DOC. N° DE CUIT CUIL o DOC.

RENOVACIÓN ☐ PÓLIZA NUEVA ☐ SIT. IVA: R.I ☐ R.N.I ☐ N.R. ☐ C.F. ☐ EX. ☐ MON. ☐

Apellido y Nombre / Razón Social: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Tel.: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo: _____

E-mail: _____ Profesión u ocupación principal: _____

Tel. Cel.: _____

SUMA ASEGURADA COBERTURA

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos completos	N° doc. Identidad	Edad	Parentesco	Domiciliado en	%

* LOS BENEFICIARIOS SON CORRELATIVOS AL ORDEN SUSCRITO, EN CASO DE NO EXISTIR, HEREDEROS LEGALES*

PARA USO EXCLUSIVO DE RAMA ACCIDENTES PERSONALES: 24 Hs. ☐ LABORAL E IN/ITINERE ☐ LABORAL EXC. ☐

Sumas aseguradas por persona

MUERTE \$ _____
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL \$ _____
ASISTENCIA MEDICA FARMACÉUTICA \$ _____

Es zurdo: ☐ Si ☐ No

En caso de ser una propuesta colectiva
especificar en cada caso

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

- ¿HA ESTADO UD. ENFERMO EN EL ULTIMO AÑO?
- 1.1. ¿DE QUÉ ENFERMEDAD?
- ¿HA SUFRIDO UD. ALGÚN ACCIDENTE, HERIDA O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?
- 2.1. ¿EN QUÉ CONSINTIÓ?
- ¿SE CONSIDERA UD. SANO?
- 3.1. ¿DE QUÉ PADECE?
4. ESTATURA 4.1. EDAD 5. PESO
6. ¿PERDIÓ PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?
- 6.1. ¿RAZÓN?

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es

Firma del Solicitante

Aclaración

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales del Seguro que solicito, que están en poder del contratante y que fueran exhibidas.

VIGENCIA

Desde el día

Hasta el día

CONDICIONES DE PAGO: CONTADO ☐ FINANCIADO ☐ DÉBITO AUTOMÁTICO ☐

Premio: _____

1ª Cuota _____

Otras Cuotas _____

Cant. Cuotas _____

Por la presente solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros, que los importes inherentes a las cuotas del contrato de seguro que mantengo con esa Empresa, sean facturados y cobrados a través de mi tarjeta de crédito. En tal sentido, Autorizo a _____ a debitar en mi cuenta los importes correspondientes, como así también a Beneficio S.A., si es necesario, a entregar el original de ésta a la empresa que he indicado.

Número de Tarjeta

Firma y Aclaración del Titular de la Tarjeta

Firma Productor

Aclaración

CODIGO PRODUCTOR

Lugar y Fecha: _____

_____/_____/_____

